

# Pflege zu Hause

Hilfen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

-Aktion für krebskranke Kinder e.V.-



Herausgeber:

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

Aktion für krebskranke Kinder e.V.

Dachverband

Adenauerallee 134

53113 Bonn

Telefon: 0228 / 68846-0

Fax: 0228 / 68846-44

[dlfhbonn@kinderkrebsstiftung.de](mailto:dlfhbonn@kinderkrebsstiftung.de)

[www.kinderkrebsstiftung.de](http://www.kinderkrebsstiftung.de)

Auflage 2011

Diese Brosche ist entstanden in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der PSAPOH (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie).

Wir danken allen Mitwirkenden für ihre Unterstützung sowie der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der BARMER Ersatzkasse für die freundliche Genehmigung zur Verwendung ihrer Vorlagen.

## **Liebe Eltern,**

dem Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegeversicherungen (MDK) fällt es oft schwer, den Umfang der Pflegebedürftigkeit - insbesondere bei Kindern - zu bewerten. Um den tatsächlich anfallenden täglichen Pflegebedarf bei einem krebskranken Kind zu erfassen, ist es hilfreich, eine Zeitlang ein **Pflegetagebuch\*** zu führen. In dieser Broschüre finden Sie ein Pflegetagebuch-Schema mit Feldern für Ihre Eintragungen; ähnliche Vorlagen erhalten Sie auch bei Ihrer Krankenkasse. In diesem Pflegetagebuch sollen alle Hilfestellungen und Pflegeleistungen, die innerhalb von 24 Stunden anfallen, möglichst genau dokumentiert werden - am besten für die Dauer von einer Woche.

Dabei ist darauf zu achten, dass immer auch die helfende Anleitung dokumentiert wird, wenn sie zur Unterstützung eigenständiger Handlungen notwendig ist. Die vorgegebene Checkliste mit den beispielhaft aufgezählten Inhalten dient als Anleitung für die täglichen Notizen. Sie können selbstverständlich auch umfangreicher sein und auf beizufügenden Blättern eingetragen werden. Wichtig ist, dass der Zeitaufwand für das betreffende Kind am Rand vermerkt wird. Zählen Sie neben den belastenden auch erfreuliche Aspekte auf, da auch diese zeitaufwendig sein können.

Im Anschluss an dieses Pflegetagebuch können Sie (evtl. auch zusammen mit einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin des Psychosozialen Dienstes Ihrer Kinderkreb-Station) den angefügten **Fragebogen\*\*** ausfüllen, der Grundlage für die Begutachtung des Medizinischen Dienstes sein soll. Mit Hilfe des Tagebuches werden Sie den Zeitaufwand bei den einzelnen Hilfeleistungen besser ermitteln können. Nach Ausfüllen des Fragebogens sind Sie bestens auf den Besuch des Gutachters vorbereitet, weil Ihre Notizen einen genauen Überblick über die durchschnittliche Alltags-Situation geben, die von den Bedingungen am Tage des Gutachter-Besuches stark abweichen kann. Sie sind mit Hilfe des Fragebogens auch besser informiert über die verschiedenen Aspekte, die vom Gutachter abgefragt werden.

Achten auch Sie mit darauf, dass der Gutachter des MDK möglichst zu Beginn der intensiven Behandlungszeit kommt, damit sein Eindruck von der Pflegebedürftigkeit des Patienten realistisch ist. Sie können durch Ihren Anruf bei der Pflegekasse diesen Besuch u.U. beschleunigen. Die Psychosozialen Dienste werden Ihnen dabei behilflich sein.

Wir hoffen, Sie mit dieser Dokumentationshilfe sinnvoll unterstützen zu können.

Dachverband  
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe  
Aktion für krebskranke Kinder e.V.

---

\* Das Tagebuch-Schema in dieser Broschüre basiert auf einer Vorlage der BARMER Ersatzkasse.

\*\* Der hier vorliegende Fragebogen wurde auf der Grundlage eines Fragebogens erstellt, den die *Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.* entwickelt hat, berücksichtigt aber darüber hinaus die besonderen Bedingungen der Pflege und Versorgung krebskranker Kinder.

***Das Pflegetagebuch wird geführt für das Kind:***

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift:  
Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anschrift der Eltern  
oder der  
Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anschrift  
der Betreuerin/  
des Betreuers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# *Tagebuch- eintragungen*

vom \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgendliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgendliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

Zeit

Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeit

Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeit

Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeit

Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgendliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgentliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgendliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgendliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_

Zeit

---

---

---

---

---

---

Morgendliche Hilfen,  
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und  
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Termine,  
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

---

---

---

---

---

---

Zeit

---

---

---

---

---

---

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,  
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-  
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

---

---

---

---

---

---

## ***Liebe Eltern,***

nachdem Ihre persönliche Pflegedokumentation in Form des Tagebuchs abgeschlossen ist, sollten Sie sich jetzt mit dem folgenden Fragebogen beschäftigen. In diesen werden die Durchschnittswerte des täglichen Zeitaufwandes, die sich aus dem Pfl egetagebuch ergeben, eingetragen.

Sie sollten zur Einführung noch wissen, welche Bedeutung die Abkürzungen im einzelnen haben:

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Ü</b> = Übernahme       | - die Tätigkeit wird also von Ihnen, der pflegenden Person ausgeführt, weil der Pflegebedürftige sie selbst nicht ausführen kann.   |
| <b>A</b> = Anleitung       | - die Tätigkeit kann vom kranken Kind selbst nur mit Anleitung oder Hilfestellung durch die Pflegeperson ausgeführt werden. Die Pflegeperson muss den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte lenken oder demonstrieren. |
| <b>B</b> = Beaufsichtigung | - für die Durchführung einer Tätigkeit durch das Kind ist Ihre Anwesenheit und/oder Aufsicht nötig. Hierbei steht die Sicherheit des Kindes beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund.            |

Beispiel: Mit „Ü“ bei der Rubrik Nahrungsaufnahme ist selbstverständlich das Füttern gemeint, wohingegen z.B. beim An- und Auskleiden „Ü“ nicht nur eine Hilfestellung, sondern die Ausführung durch die Pflegeperson bedeutet.

Im Feld Erläuterungen sind jeweils beispielhaft mögliche Einträge vorgegeben, die natürlich durch eigene Anmerkungen, eventuell auf einem gesonderten Blatt, ergänzt oder ersetzt werden können. Alle Unklarheiten sollten Sie mit einem Mitarbeiter des Psychosozialen Dienstes in der Klinik besprechen. Gegebenenfalls können Sie sich auch an die Pflegekasse wenden, die zur Beratung und Aufklärung verpflichtet ist.

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

<b>Körperpflege</b>
---------------------

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag
	nein	ja					
<b>1. Waschen*</b>			Ü	A	B		
am Waschbecken (morgens, abends, vor u. nach den Mahlzeiten und Toilettengängen)	O	O	O	O	O	_____	_____
Haare waschen	O	O	O	O	O	_____	_____
Föhnen	O	O	O	O	O	_____	_____
Hautpflege	O	O	O	O	O	_____	_____
Fußpflege	O	O	O	O	O	_____	_____

Erläuterungen:

*z.B.: Spezielle Pflege-Kriterien bei i.v.-Verweilkatheter; besondere Hygienevorschriften bei geschwächtem Immunsystem; Hautpflege nach Amputationen, Bestrahlungen; Wundpflege*

---



---

<b>2. Duschen/Baden*</b>			Ü	A	B		
Duschvorgang vorber.	O	O	O	O	O	_____	_____
Temperatur einstellen	O	O	O	O	O	_____	_____
Seife/Shampoo benutz.	O	O	O	O	O	_____	_____
Abtrocknen	O	O	O	O	O	_____	_____
Hautpflege	O	O	O	O	O	_____	_____
Ankleiden	O	O	O	O	O	_____	_____

Erläuterungen:

---

\* Es sind auch die Hilfen zum Gehen und Stehen zu berücksichtigen, sofern sie nicht unter Punkt 10 bzw. Punkt 11 gesondert ausgewiesen werden.

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag
	nein	ja					
<b>3. Zahnpflege</b>			Ü	A	B		
Mundhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Zahncreme dosieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Zähne putzen (dreimal täglich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Zahnspangenpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Erläuterungen:	<i>besondere Mundpflege (therapiebedingt), Kontrolle der Mundhöhle auf Veränderungen, Prothesenpflege z.B. nach Kieferteilresektionen bei Tumoren im Bereich der Mundhöhle</i>						

<b>4. Haarpflege, Rasieren</b>			Ü	A	B		
Haare schneiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Haare kämmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Pflege der Kopfhaut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Nagelpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Erläuterungen:	<i>Mehraufwand für die spezielle Pflege einer Perücke, Hilfe beim Aufsetzen und Kämmen der Perücke</i>						

<b>5. Darm- und Blasenentleerung</b>			Ü	A	B		
Toilette benutzen (An- und Ausziehen berücksichtigen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Ausreichend säubern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Hilfe bei Inkontinenz - Zeit für evtl. Toiletten- training berücksichtigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Windelwechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Intimpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Monatshygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Erläuterungen:	<i>Harn- und Stuhlkontrolle z.B. zur Einstellung der Medikation oder zum Erkennen von Blutungen, Besonderheiten wie z.B. Schmerzen bei der Entleerung, Anus-Praeter-Pflege</i>						

<b>Ernährung:</b>
-------------------

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag	
	nein	ja						
<b>6. mundgerechte Zubereitung</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>			
Portionsgerecht vorbereiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Zerkl. der Nahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Erkennen der richtigen Essenstemperatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Brot streichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Pürieren der Nahrung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Sonderernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____

Erläuterungen:

*zeitlicher Mehraufwand bei der Nahrungszubereitung z.B. bei Appetitstörungen oder Heißhungeressen*

---



---

<b>7. Nahrungsaufnahme</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>			
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
(Evtl. notwendige Aufforderung zur Nahrungsaufnahme während des Essens, d.h. auch zum Kauen und Schlucken sowie Unterstützung der zum Essen notwendigen Körperhaltung berücksichtigen!)								
Umgang mit Besteck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Sondenkost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____

Erläuterungen:

*motivierende wiederholte Aufforderung zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht nur während der Mahlzeiten*

---



---

<b>Mobilität:</b>
-------------------

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag
	nein	ja					
<b>8. Aufstehen / Zu Bett gehen</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>		
Aufstehen	○	○	○	○	○	_____	_____
Zu Bett gehen	○	○	○	○	○	_____	_____
Umlagerung bei Tag und Nacht	○	○	○	○	○	_____	_____
Hilfen bei gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus	○	○	○	○	○	_____	_____
Nächtl. Hilfeleistung (z.B. bei allg. nächtl. Unruhe, Angstzuständen, Schmerzen)	○	○	○	○	○	_____	_____

Erläuterungen:

*Motivation zum Aufstehen in depressiven Phasen, Mobilisierung*

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag
	nein	ja					
<b>9. An-/Auskleiden</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>		
Zurechtlegen von Kleidung	○	○	○	○	○	_____	_____
Ankleiden	○	○	○	○	○	_____	_____
Auskleiden	○	○	○	○	○	_____	_____
Schuhe anziehen	○	○	○	○	○	_____	_____
Tageszeitgemäße und witterungsgemäße Auswahl der Kleidung	○	○	○	○	○	_____	_____
Reihenfolge des An- und Auskleidens	○	○	○	○	○	_____	_____
Prothese anlegen	○	○	○	○	○	_____	_____
Wäschewechsel	○	○	○	○	○	_____	_____

Erläuterungen:

*besonders häufiger Wäschewechsel bei verschärften Hygienevorschriften, erschwertes An- und Auskleiden bei i.v.-Verweilkatheter*

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag	
	nein	ja						
<b>10. Gehen innerhalb der Wohnung</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>			
Störungen beim Gehen, aus körperl. Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
aus seel. Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
sinnesbedingt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Erläuterungen:

*therapiebedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit*

---



---

### 11. Stehen

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag	
	nein	ja						
<b>11. Stehen</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>			
Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Hilfe beim Stehen, z.B. beim Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____
Wiederhinsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Erläuterungen:

---



---

### 12. Treppensteigen innerhalb der Wohnung

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag	
	nein	ja						
<b>12. Treppensteigen innerhalb der Wohnung</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>			
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Erläuterungen:

*besondere Beaufsichtigung nötig bei Blutungsneigung*

---



---

	Hilfebedarf		Übernahme Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag
	nein	ja					
<b>13. Verlassen/Wieder- aufsuchen der Wohnung zur Auf- rechterhaltung der Lebensführung (d.h. persönl. Erscheinen muß erforderlich sein, z.B. Arztbesuch*, Therapeutenbesuch*)</b>			Ü	A	B		
Bewegen außerhalb der Wohnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Verkehrssicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____
Raumorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Begründung für  
notwendige Begleitung:

---



---

*\* hier darf nur die Wegezeit angerechnet werden, nicht die Warte- und Behandlungszeiten*



- Hauswirtschaftliche Versorgung**

  - ◆ **Einkaufen**
  - ◆ **Kochen**
  - ◆ **Spülen**
  - ◆ **Beheizen der Wohnung**
  - ◆ **Wechseln/Waschen der Wäsche**
  - ◆ **Reinigen der Wohnung**

*Die aufgeführten Tätigkeiten werden normalerweise von Kindern sowieso nicht selbständig durchgeführt. Besonders hinzuweisen ist deshalb nur auf einen **krankheitsbedingten zeitlichen Mehraufwand**, z.B. beim Einkaufen und Kochen durch besondere Diätvorschriften, Zubereitung zusätzlicher Mahlzeiten, oder Ernährung nach einer Stammzelltransplantation.*

*Beim Wechseln und Waschen der Wäsche sowie beim Reinigen der Wohnung wird ein höherer Zeitaufwand durch besondere Hygienevorschriften (auch Desinfektionsmaßnahmen!) sowie durch Therapiefolgen (häufiges Erbrechen!) bedingt.*

Insgesamt ist darauf zu achten, dass der Zeitaufwand für die Grundpflege gegenüber dem Zeitaufwand für die hauswirtschaftliche Versorgung überwiegt. Bei Anspruch auf Pflegestufe I muss die Grundpflege mehr als 45 min von insgesamt mindestens 90 min Pflegeaufwand ausmachen, bei Pflegestufe II muss die Grundpflege mindestens 2 Stunden von insgesamt mindestens 3 Stunden ausmachen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres wird ein Zeitbedarf für die hauswirtschaftl. Versorgung nur dann angerechnet, wenn ein Bedarf nachgewiesen wird, der höher ist als bei einem gesunden gleichaltrigen Kind. Bei Kindern im Alter zwischen 3 und 14 Jahren kann nach Ansicht des MDK hierfür ein bestimmter Anteil des zeitlichen Mindestwertes unterstellt werden (Pflegestufe I - 30 min, Pflegestufe II u. III - 45 min). Auch hier besteht aber die Möglichkeit, zusätzlichen hauswirtschaftlichen Pflegebedarf vorzutragen.

<b>Pflegeunterstützende Maßnahmen:</b>
--

	Hilfebedarf		Ü Anleitung Beaufsichtigung	(Ü) (A) (B)	wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t)	Minuten	insges. durch- schnittlich/Tag
	nein	ja					
<b>Leistungen, die die häusl. Pflege unterstützen oder aber erst ermöglichen</b>			<b>Ü</b>	<b>A</b>	<b>B</b>		
Spiel und Beschäftigung zur Motivation und Angst- bzw. Schmerzminderung; Gymnastik	O	O	O	O	O	_____	_____
Förderung und Stimulation der Kommunikationsfähigkeit	O	O	O	O	O	_____	_____
spielerisches Training (z.B. Medikamenteneinnahme und Mundpflege)	O	O	O	O	O	_____	_____
ständige Präsenz der Pflegeperson zum Schutz vor Eigengefährdung (z.B. bei Blutungsneigung)	O	O	O	O	O	_____	_____
Fiebermessen	O	O	O	O	O	_____	_____
Katheterpflege	O	O	O	O	O	_____	_____
Medikamentengabe oder Überwachung der Einnahme	O	O	O	O	O	_____	_____
spezielle Mundpflege, Behandlg. von Schleimhautläsionen	O	O	O	O	O	_____	_____
Inhalationen / Atemübungen	O	O	O	O	O	_____	_____

Erläuterungen:

*Sicherstellung der Fortführung der Behandlung/ Verringerung des Pflegebedarfs*

---

Der Medizinische Dienst geht davon aus, dass pflegebedürftige Kinder zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen sind. Für die Beurteilung maßgebend ist nicht der gesamte Hilfebedarf, den Sie als Eltern in Tagebuch und Fragebogen aufgezeichnet haben, sondern nur der über den natürlichen altersbedingten Pflegebedarf hinausgehende, zusätzliche Hilfebedarf des kranken Kindes.

So wird es z.B. verständlich, dass eine Pflegebedürftigkeit im Säuglingsalter nur ausnahmsweise anerkannt wird, weil der natürliche Pflegeaufwand hier ohnehin größer ist als bei älteren Kindern.

Die folgende Tabelle verdeutlicht, welche Zeitwerte der Medizinische Dienst bei der Bemessung des zusätzlichen Zeitaufwandes maximal in Abzug bringen könnte:

#### Höchstwerte für den Hilfebedarf gesunder Kinder

	0-1	1-2	2-3	3-6	6-10	Jahre
Körperpflege	62	70	81	76-32	22-2.	Minuten/Tag
Ernährung	145	108-88	48	28-10	3-0	Minuten/Tag
Mobilität	36	45	40	34-10	10-0	Minuten/Tag

Literaturhinweis:

**S.Wendt: Richtig begutachten - gerecht beurteilen:**

8. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2010, DIN A4, 144 Seiten

Die Neuauflage enthält die zurzeit gültigen Begutachtungsrichtlinien sowie Hinweise zu Abweichungen in der Ermittlung des Pflegebedarfs aus der Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Daneben gibt es auch Hinweise zu Widerspruchs- und Klageverfahren.

ISBN-Nummer: 978-3-88617-535-2, Preis: 15.00 €, 7% MwSt. inkl,  
oder direkt bei der Lebenshilfe bestellen.

Herausgeber: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg

Tel.: 06421/491-0

Fax: 06421/491-167

[www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de),

<mailto:vertrieb@Lebenshilfe.de>